

**اداره کل آموزش فنی و حرفه ای استان هرمزگان**

اینجانب  فرزند  دارنده شماره شناسنامه  صادره از  متولدسال  دارنده پروانه

تاسیس به شماره و تاریخ  در رشته / رشته های آموزشی  مخصوص برادران  خواهران

درخواست مرخصی از تاریخ  لغایت  را دارم .

بدیهی است طول مدت مرخصی استفاده شده به منظور جبران کسری استاندارد آموزشی به طول دوره اضافه خواهد گردید لذا دستور فرمائید در صورت موافقت مراتب را به اینجانب اعلام فرمائید .

۱- تقاضای تعطیلی فعالیت آموزشگاه اینجانب پس از اتمام دوره آموزشی است

۲- چون تقاضای تعطیلی فعالیت آموزشگاه اینجانب قبل از اتمام دوره آموزشی است .توافقنامه کتبی کلیه کارآموزان انعکاس بازپرداخت

شهریه آنان بیبوست تقدیم می گردد .

۳- در صورت تقاضای مرخصی بلند مدت تصویر پروانه تاسیس ضمیمه می باشد و نیز موسس متعهد می گردد ضمن برداشتن تابلو اصلی

آموزشگاه هیچ گونه فعالیت آموزشی در محل آموزشگاه بدون مجوز این اداره کل نداشته باشد .

**نشانی دقیق محل آموزشگاه و شماره تلفن تماس :**

**شماره تلفن همراه :**

**نشانی محل سکونت و شماره تلفن جهت تماس ضروری :**

**موسس آموزشگاه فنی و حرفه ای آزاد**

**امضا و تاریخ :**

تائید مسئول آمار: دوره یا دوره هایی در حال برگزاری

دارد  ندارد

تائید می باشد  تائید نمی باشد

در صورت عدم تائید ذکر دلایل :

تاریخ :

نام و امضا :

تائید مسئول مربوطه :

مدت مرخصی استفاده شده در طول اعتبار پروانه تاسیس :

تائید می باشد  تائید نمی باشد

در صورت عدم تائید ذکر دلایل :

تاریخ :

نام و امضا :

تائید مسئول بازرسی و شکایات

تائید می باشد  تائید نمی باشد

در صورت عدم تائید ذکر دلایل :

تاریخ :

نام و امضا :

با مرخصی آن آموزشگاه موافقت می گردد  موافقت نمی گردد

امضاء رئیس اداره موسسات کارآموزی آزاد :